

Vergaderjaar 2019–2020

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1067

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 juni 2020

Een goed functionerende risicoverevening is een essentieel onderdeel van het zorgstelsel. Het zorgt ervoor dat zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor voorspelbare gezondheidsverschillen in hun verzekerdenpopulatie. In Nederland zijn zorgverzekeraars verplicht alle verzekerden te accepteren voor de basisverzekering en mogen ze de gevraagde premie niet differentiëren naar persoonskenmerken. Een goede risicoverevening zorgt voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, neemt prikkels tot (indirecte) risicoselectie weg en zorgt ervoor dat zorgverzekeraars gestimuleerd worden om zich te richten op doelmatige zorginkoop.

Hoofdpunten van de brief

- De uitbraak van COVID-19 zorgt voor onzekerheden in de risicoverevening. Ik ben met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut in gesprek om deze onzekerheden in kaart te brengen en te bezien hoe we hier zo goed mogelijk mee om kunnen gaan. In september zal ik u informeren over de definitieve vormgeving van de risicoverevening 2021.
 - Uit de onderzoeken die dit jaar zijn gedaan komt een aantal verbeteringen voor bestaande vereveningscriteria naar voren. Door de aanpassing van het model worden meer chronisch zieken geïdentificeerd die een hogere compensatie krijgen vanuit de risicoverevening. Ik wil deze verbeteringen doorvoeren per 2021.
- COVID-19 heeft op verschillende manieren impact op de risicoverevening:
- De COVID-19 uitbraak zorgt voor extra zorguitgaven voor patiënten die worden behandeld. De World Health Organisation (WHO) heeft COVID-19 als pandemie aangemerkt waarmee het ook als catastrofe in de zin van de Zvw geldt. Bij een pandemie voorziet de catastroferegeling in de Zorgverzekeringswet (Zvw) onder voorwaarden in een extra bijdrage voor een zorgverzekeraar die veel extra zorgkosten heeft ten gevolge van de pandemie. Die extra bijdrage boven op zijn vereveningsbijdrage wordt via het zorgverzekeringsfonds door alle verzeke-

- raars opgebracht. Het Zorginstituut Nederland voert de catastroferegeling uit en stelt daarvoor beleidsregels op.
- Daarnaast heeft de COVID-19 uitbraak gevolgen voor de levering van zorg aan niet-corona patiënten. Veel behandelingen zijn uitgesteld of vinden niet meer plaats. Zorgverzekeraars hebben met zorgaanbieders continuïteitsbijdragen afgesproken. Daarnaast zal er inhaalzorg plaatsvinden in 2020 en 2021. De mate waarin er in 2020 en 2021 sprake is van meer of minder reguliere zorgkosten ten opzichte van de voorspelde zorgkosten hangt af van de duur van de crisis en van de mate waarin zorg snel kan worden ingehaald.
 - COVID-19 heeft ook impact op de data en de inschattingen van het risicovereveningsmodel. Het vereveningsmodel is gebaseerd op declaratiedata, die voor 2020 verstoord zijn. Zo heeft het uitstel van reguliere zorg effect op vereveningskenmerken als Diagnose Kosten Groepen en wijkverpleging. Dit maakt het lastiger voor het Zorginstituut om een goede verzekerdenraming op te stellen. Daarbij komt dat de normbedragen die samenhangen met een vereveningskenmerk mogelijk ook minder goed de werkelijke kosten voorspellen.

Bovenstaande brengt met zich mee dat het model 2021 onzekerheden met zich meebrengt. Op dit moment ben ik met ZN en het Zorginstituut in gesprek om deze onzekerheden in kaart te brengen en te bezien hoe we hier het beste mee om kunnen gaan. Vormen van ex-post maatregelen om de onzekerheid op voorhand te verminderen komen hierbij ook aan de orde.

Het afgelopen onderzoeksjaar hebben er verschillende onderzoeken plaatsgevonden om de risicoverevening ex-ante verder te verbeteren. Ondanks dat er nog geen besluitvorming heeft plaatsgevonden over de exacte vormgeving van het risicovereveningsmodel 2021 als geheel, breng ik u met deze brief op de hoogte van de uitkomsten van deze onderzoeken en de wijzigingsvoorstellen die hieruit voortvloeien. Deze wijzigingsvoorstellen staan los van de impact van COVID-19 op de risicoverevening. Ik ben van plan om deze wijzigingen door te voeren in het ex-ante risicovereveningsmodel voor 2021, omdat dit leidt tot een betere risicoverevening. In september zal ik u informeren over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel 2021, inclusief de besluiten over bovengenoemde COVID-19 effecten op het risicovereveningsmodel.

Moties en Toezegging

In bijlage 1 informeer ik u over de onderzoeken die afgelopen jaar zijn uitgevoerd voor de risicoverevening¹. Hiermee geef ik invulling aan de toezegging die hierover aan de Tweede Kamer is gedaan in de brief van 6 september 2019². Daarnaast ga ik in op de motie van de leden Ellemeet en Van den Berg over het verbeteren van de compensatie voor chronisch zieken³. De motie Van den Berg en Ellemeet⁴ vraagt om onderzoek te doen naar grensoverschrijdende transacties en verbindingen van zorgverzekeraars. Ik kan u mededelen dat dit onderzoek is gestart en dat ik voornemens ben om dit onderzoek deze zomer aan u toe te sturen.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

² Kamerstuk 29 689 nr. 1023

³ Kamerstuk 29 689 nr. 1037

⁴ Kamerstuk 29 689 nr. 1035

1. Aanpassingen in de risicoverevening per 2021

Groot onderhoud Hulpmiddelen Kosten Groepen (HKG)

Voor het vereveningsmodel is het van belang dat periodiek onderhoud plaatsvindt op de bestaande vereveningscriteria. Er is onderzocht welke ontwikkelingen er, sinds het laatste groot onderhoud HKG in 2016, hebben plaatsgevonden. Voor de bestaande HKG's is op basis van medisch-inhoudelijke input van experts, empirische analyses en input van de begeleidingscommissie beoordeeld of er GPH-codes (Generieke Product-codes voor Hulpmiddelen) toegevoegd of verwijderd moeten worden uit de huidige indeling. Daarnaast is gekeken of er nieuwe HKG's gevormd moeten worden uit de GPH-codes die nog niet zijn ingedeeld in een HKG. Op basis van het oordeel van de inhoudelijk experts en de empirische analyse worden er vier nieuwe HKG's meegenomen in de doorrekening van de modellen. Er zijn verschillende modelvarianten doorgerekend. Een meervoudige HKG, waarbij de zorgverzekeraar voor meerdere hulpmiddelen per verzekerde een compensatie kan ontvangen heeft de voorkeur. Medisch inhoudelijk is er geen reden om slechts één HKG te compenseren en door invoering van meervoudige HKG's worden chronisch zieken met meer dan 1 hulpmiddel beter verevend. Door meervoudige HKG's toe te passen worden verzekerden met maar één HKG ook beter verevend, doordat de normbedragen minder worden «vervuild» door de hoge meerkosten van de gebruikers met meerdere HKG's. De doorgerekende modellen hebben weinig effect op de beoordelingsmaten van het vereveningsmodel in totaal. De verevenende werking van het HKG-kenmerk zelf verbetert wel sterk. Het invoeren van meervoudige HKG's resulteert in een verminderde verevenende werking van enkele andere kenmerken, met name Meerjarige Hoge Kosten (MHK) en Meerjarige Verpleging & Verzorging (MVV). De verschuiving van de verevenende werking van deze op kosten gebaseerde kenmerken naar het medisch-inhoudelijke HKG-kenmerk is een goede ontwikkeling, omdat daarmee de verevening beter aansluit op de gezondheidssituatie van de verzekerde.

Groot onderhoud DKG

Het criterium Diagnose kostengroep (DKG) is gebaseerd op ziekenhuisdeclaraties (DBC's) waarmee chronische aandoeningen worden geïdentificeerd. In dit groot onderhoud is allereerst de lijst met diagnosen/specialismen codes (onderdeel van de DBC's) die meetellen in de verevening geactualiseerd. Vervolgens zijn de codes volgens een verbeterde methode geclusterd naar 26 klassen. De nieuwe clustermethode houdt beter rekening met de andere vereveningscriteria van het model. Ook kunnen nu meer dan twee ziekenhuisdiagnoses meetellen in de verevening. Dit geeft een betere verevende werking van het model op individueel niveau. Op het niveau van risicodragers is er niet of nauwelijks een effect meetbaar.

Pre-Overall Toets (OT)

Het gezamenlijke effect van de vernieuwde HKG's en DKG's is onderzocht in de pre-OT. Het risicovereveningsmodel 2020 wordt dan vergeleken met hetzelfde model maar dan met de vernieuwde HKG's en DKG's. Beide modellen zijn doorgerekend op basis van kostendata van 2017. In de zomer worden alle voorgestelde wijzigingen voor het risicovereveningsmodel 2021 doorgerekend op basis van kostendata 2018. Er worden door de wijziging van het model meer chronisch zieken geïdentificeerd die een hogere compensatie krijgen vanuit de risicoverevening. Uit het onderzoek blijkt dat het aantal verzekerden dat scoort op tenminste één morbiditeitscriterium toeneemt: met de vernieuwde HKG's en DKG's wordt 25,1% van

de populatie bij een morbiditeitscriterium ingedeeld; voorheen was dit 24,7%. Daarnaast neemt door de meervoudigheid van de HKG's en DKG's het aantal verzekerden dat vier of meer keer scoort op een morbiditeitscriterium toe. Op individuniveau leiden de vernieuwde HKG's en DKG's tot een lichte verbetering van de verevenende werking. De impact op de verevenende werking op subgroep- en risicodragerniveau is klein. Dit komt overeen met de resultaten van de partiële onderzoeken.

Aanpassing ex-post GGZ: hogekostencompensatie

ZN en GGZ NL hebben gezamenlijk een plan van aanpak opgesteld voor verbetering van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de hoogcomplexe ggz. Daarin wordt voorgesteld dat de zorgverzekeraars en VWS met elkaar in gesprek gaan over de aanpassing van de risicoverevening per 2021 voor de groep ggz-cliënten met zeer hoge zorgkosten.

Van de mensen die GGZ-kosten maken, heeft slechts een kleine groep mensen zeer hoge GGZ-kosten. Deze zeer dure GGZ-cliënten zijn ongelijk verdeeld over de zorgverzekeraars, wat het gelijke speelveld verstoort en prikkels tot risicoselectie met zich mee kan brengen. In 2020 is de hogekostencompensatie in de ggz geïntroduceerd voor de 0,5% GGZ-gebruikers met de hoogste kosten (ongeveer 3.500 verzekerden). De ggz-kosten van deze verzekerden die boven de drempel van circa € 90.000 uitkomen, krijgen zorgverzekeraars ex-post voor 75% gecompenseerd. De hogekostencompensatie betreft een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars en leidt daarom niet tot een verhoging van de Zvw-uitgaven. In de praktijk komt het erop neer dat een zorgverzekeraar met een kleiner aantal dure cliënten meebetaalt aan de kosten van een zorgverzekeraar die een hoog aantal dure cliënten heeft. Daarmee wordt het gelijke speelveld voor zeer dure GGZ-cliënten beter geborgd en worden prikkels tot risicoselectie voorkomen. Een volledige vergoeding van alle kosten boven het drempelbedrag heeft niet mijn voorkeur omdat ik graag doelmatigheidsprikkels intact wil laten. Om de toegang en beschikbaarheid voor hoog-complexe GGZ te verbeteren, ben ik met partijen overeengekomen om per 2021 de ex-post compensatie voor zorgverzekeraars naar 90% te brengen.

Onderhoud extreem hoge kosten clusters binnen de farmaciekostengroep (FKG-EHK)

In dit onderzoek is nagegaan hoe de samenstelling en indeling van de zogenaamde extreem hoge kosten clusters (EHK's) verbeterd kan worden. Via de EHK's worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor het gebruik van dure geneesmiddelen, voor zover die niet (meer) risicoloos zijn. In 2020 zijn veertien middelen ingedeeld in drie EHK's. In dit onderzoek is gekeken of er geneesmiddelen toegevoegd moeten worden of juist verwijderd, hoe de middelen geclusterd moeten worden en wat het effect is op de werking van het vereveningsmodel. Uit het onderzoek blijkt dat de bestaande geneesmiddelen allemaal blijven voldoen aan de voorwaarden om in de EHK's ingedeeld te worden. Er komen negen nieuwe geneesmiddelen bij, waarvan er zeven nu nog zijn opgenomen in de FKG Kanker o.b.v. add-on. Op basis van het onderzoek wordt het aantal clusters uitgebreid van drie naar vier. De aanpassing leidt tot een (beperkte) verbetering van het model. De normbedragen voor de EHK's zijn logisch en ook de wijzigingen in normbedragen bij de andere vereveningscriteria zijn goed verklaarbaar.

2. Onderzoeken naar toekomstige verbetering van de risicoverevening

Onderzoek naar restprobleem risicoverevening

In de afgelopen jaren is het systeem van risicoverevening steeds verder verbeterd en verfijnd. Desondanks zijn er vermoedens dat bepaalde groepen verzekerden structureel onder- of overgecompenseerd worden. In dat geval loont het om te sturen op gezonde verzekerden of voelen verzekeraars zich belemmerd om zich volledig te richten op de beste en meest doelmatige zorg voor chronisch zieken. Adequate compensatie heeft voortdurend mijn aandacht. Daarom heb ik een onderzoek laten uitvoeren met als doel om op basis van literatuuronderzoek en interviews dit zogenoemde restprobleem in de risicoverevening scherper te krijgen. Op voorhand was al voorzien dat meerdere onderzoeken nodig zouden zijn om dit scherp te krijgen. Het huidige onderzoek geeft inderdaad nog onvoldoende concreet inzicht in de restproblematiek en de omvang daarvan, gegeven de gehanteerde uitgangspunten en randvoorwaarden. Het onderzoek toont een inventarisatie van de restproblemen en de groepen waarin die tot uiting komen. Er starten in 2020 meerdere vervolgonderzoeken. In deze onderzoeken kijken we naar de uitgangspunten van de risicoverevening in relatie tot dit onderzoek, gevolgd door onderzoek naar het verband tussen het financieel resultaat en de «gezondheid» van de verzekerdenpopulatie (van een risicodragers of concern). Tevens wordt gekeken naar de twee groepen die in het onderzoek worden benoemd als hoge prioriteit, namelijk gezonde verzekerden en chronisch zieken. Voor deze groepen wordt op basis van data het onderwerp verder geconcretiseerd en wordt onderzocht in hoeverre een probleem veroorzaakt wordt door de risicoverevening of door andere factoren. Op basis hiervan verwacht ik mij een oordeel te kunnen vormen over de mogelijkheden tot verdere verbetering van de risicoverevening. In de motie van de leden Ellemeet en Van den Berg⁵ wordt verzocht om aandacht te hebben voor het verbeteren van de compensatie voor chronisch zieken en te onderzoeken in hoeverre andere kenmerken en/of andere normbedragen hieraan kunnen bijdragen. In het vervolgonderzoek is de compensatie voor chronisch zieken als prioriteit aangeduid. Met het uitzetten van vervolgonderzoek naar het restprobleem in 2020 geef ik invulling aan deze motie.

Machine Learning

Tegenwoordig wordt *machine learning* op veel plekken toegepast. Voorbeelden zijn communicatie met banken, het online winkelen en het gebruik van sociale media. Machine learning en de technologie eromheen ontwikkelen zich snel. Ook in relatie tot de risicoverevening wordt de term machine learning steeds vaker genoemd, bijvoorbeeld voor het analyseren van specifieke subgroepen of het verbeteren van de voorspelkracht van het model. Gezien het toenemend gebruik en belang van machine learning heeft VWS een verkenning laten uitvoeren naar de mogelijkheden voor de risicoverevening. Machine learning technieken verschillen sterk in complexiteit, mate van transparantie en mate van verwachte toepasbaarheid voor de risicoverevening. In het onderzoek zijn vijf verschillende technieken toegepast binnen de risicoverevening om zicht te krijgen op een breed spectrum van de mogelijkheden van machine learning. De nieuwe technieken laten vaak enige verbetering zien op het gebied van verevende werking, maar hebben (grote) consequenties voor de uitvoering van de risicoverevening. Het onderzoek is een eerste verkenning van de mogelijkheden van machine learning en geeft diverse

⁵ Kamerstuk 29 689, nr. 1037

aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. Aan de ene kant biedt het onderzoek aanknopingspunten naar mogelijkheden van vereenvoudiging en verbetering van het huidige model. Aan de andere kant geeft de verkenning inzicht welke technieken mogelijkheden hebben in de risicoverevening en waar vervolgonderzoek zinvol is.

3. Proces

De modelverbeteringen in paragraaf 1 zijn gebaseerd op voorlopige resultaten van diverse losse onderzoeken en een pre-OT waarbij groot onderhoud HKG en groot onderhoud DKG gezamenlijk zijn bekeken. Deze zomer worden de voorgenomen modelverbeteringen integraal doorge-rekend op basis van de meest recente en representatief gemaakte gegevens. Vervolgens vindt na de zomer de definitieve besluitvorming plaats over de risicoverevening 2021. Zoals gebruikelijk zult u in september geïnformeerd worden over de uitkomsten van het onderzoek.

De modelwijzigingen worden vastgelegd in een wijziging van het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2021. De wijziging van het Besluit zorgverzekering heb ik vanwege de onzekerheid rondom COVID-19 gerelateerde aanpassingen in de risicoverevening nog niet voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal. Ik verwacht het gewijzigde besluit na het zomerreces te kunnen voorhangen. Na afronding van de voorhangprocedure gaat het ontwerpbesluit voor advies naar de Raad van State.

Daarna wordt het besluit gepubliceerd. De Regeling risicoverevening 2021 wordt afgerond zodra op Prinsjesdag de benodigde cijfers bekend worden gemaakt, zoals het macroprestatiebedrag en de rekenpremie. De Zvw schrijft voor dat de regeling vóór 1 oktober 2020 moet worden gepubliceerd. Ondanks de uitzonderlijke omstandigheden dit jaar, streef ik er naar die termijn te halen. In overleg met zorgverzekeraars, het Zorginstituut en onderzoekers wordt het onderzoeksprogramma voor de komende jaren verder uitgewerkt. In september zal ik u hierover in meer detail informeren.

De Minister voor Medische Zorg,
M.J. van Rijn